FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

71

nnée 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Paul-Marie-Joseph CASTEX**

Né le 26 novembre 1884, à Lyon
Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LEURÉSIES ENKYSTÉES TUBERCULEUSES

DU SOMMET

Président : M. HUTINEL, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

71

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **Paul-Marie-Joseph CASTEX**

Né le 26 novembre 1884, à Lyon
Externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LEURÉSIES ENKYSTÉES TUBERCULEUSES

DU SOMMET

Président : M. HUTINEL, *professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE. Pierre DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Je tiens à remercier M. le Professeur HUTINEL d'avoir accepté la présidence de ma thèse et je lui en garde une profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1907. R. d'externe service de
M. le Dr MOUTARD-MARTIN

Externat

1907-1908. M. le Dr A. GUINARD

1908-1909. M. le Dr A. NETTER
Agrégé de la Faculté de Médecine

M. le Dr GUILLEMOT

1909-1910. M. le Dr JACQUET

1910-1911. M. le Dr J. COMBY

M. le Dr NOBÉCOURT
Agrégé de la Faculté de Médecine

1911-1912. M. le Dr H. CLAUDE
Agrégé de la Faculté de Médecine

1912. M. le Dr J.-A. DOLÉRIS

M. le Dr CATHALA

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES ENKYSTÉES TUBERCULEUSES

DU SOMMET

INTRODUCTION

Nous avons pu suivre, dans le service du Professeur Hutinel, à l'Hôpital des Enfants-Malades, un cas extrêmement intéressant de pleurésie enkystée tuberculeuse du sommet, chez une fillette âgée de 5 ans. Chez cette petite malade, qui d'ailleurs est encore à l'heure actuelle en observation, nous avons vu se développer une pleurésie séro-fibrineuse du sommet gauche, dont l'examen cytologique et l'inoculation ont révélé la nature tuberculeuse. L'épanchement s'étant résorbé, nous avons assisté alors au développement d'une pleurésie tuberculeuse purulente, d'un abcès froid pleural enkysté, qui, dans la suite, s'est compliqué d'abcès froids sous-cutanés échelonnés sur plusieurs espaces intercostaux. Un peu plus tard enfin, cette malade a présenté des signes non douteux de péritonite tuberculeuse.

En compulsant les observations de pleurésie recueillies à la Clinique des Enfants-Malades depuis plusieurs années, nous avons retrouvé une autre observation de pleurésie séro-fibrineuse enkystée du sommet, également intéressante à plusieurs points de vue.

Ce sont ces deux observations qui, jointes à celles que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, nous serviront à esquisser l'étude clinique des pleurésies enkystées tuberculeuses du sommet.

HISTORIQUE

Lorsque l'on consulte les différents traités de pathologie de l'adulte ou de l'enfance, on ne trouve le plus souvent aucune mention des pleurésies du sommet.

L'attention a été attirée tout récemment sur elles par une communication de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill, à la Société médicale des Hôpitaux en 1910, qui ont rapporté un cas de pleurésie séro-fibrineuse enkystée du sommet du poumon, chez un adulte.

Sous l'inspiration de M. Gouget, Faurous a consacré une thèse récente à l'étude de ce sujet. Dans cet ouvrage, on trouve rapportées toutes les observations de pleurésie enkystée du sommet. *Mais le plus grand nombre de ces observations concernent des pleurésies purulentes.* L'auteur a pu en réunir 18 cas ; nous pouvons en ajouter un autre que nous avons trouvé dans la thèse de L. Martin sur les pleurésies de la première enfance (Th. Paris, 1902-1903, observation IV, pleurésie purulente enkystée du sommet gauche). Récemment encore, dans le service de la Clinique, nous avons pu suivre un jeune garçon qui fit, à la suite d'une bronchopneumonie, une pleurésie purulente enkystée du sommet droit.

Ces cas ne sont donc pas exceptionnels. Mais nous avons voulu limiter notre étude aux pleurésies séro-fibrineuses et il n'est pas douteux que celles-ci sont infiniment plus rares que celles-là.

Faurous dans sa thèse n'a pu en réunir que 4 cas. Ce sont deux observations publiées dans la Clinique médicale d'Audral, une troisième de Guinon, la quatrième est celle de MM. Gouget, Agasse-Lafont et Weill. Encore ces dernières observations ne concernent-elles que des adultes.

Nous apportons, en outre, deux nouvelles observations du service de M. le Professeur Hutinel, que notre ami le Dr Harvier a bien voulu nous communiquer. Nos recherches bibliographiques sur ce sujet n'ont pas été plus fructueuses que celles de nos devanciers et tant dans les divers traités que dans les thèses, pourtant déjà nombreuses, consacrées à l'étude des pleurésies tuberculeuses, nous n'avons pu trouver aucune mention de pleurésies enkystées du sommet.

L'histoire de ces pleurésies n'est donc qu'à peine ébauchée et malgré que Laënnec, dans son traité de l'auscultation médiate (p. 505, tome II) dit avoir observé « des pleurésies circonscrites, très peu étendues, et dans lesquelles l'épanchement n'était que d'une ou deux cuillerées vers le sommet d'un poumon adhérent partout ailleurs », aucun travail d'ensemble n'a été consacré à ce sujet.

La pleurésie tuberculeuse du sommet est-elle une rareté, ainsi que tendrait à le laisser supposer la pénurie de documents que nous possédons à son sujet ? La

chose est possible ; il semble toutefois que les pleurésies enkystées diaphragmatiques, interlobaires et même médiastinales soient relativement plus fréquentes, la raison n'en est pas facile à donner dans tous les cas. Cependant il est à supposer que cette pleurésie du sommet n'est pas exceptionnelle puisque nous avons pu retrouver deux observations qui ont été recueillies en deux ans, dans le service de clinique des Enfants-Malades.

Enfin, au cours de son enseignement journalier, le Professeur Hutinel, nous a dit en avoir observé un cas chez un nourrisson de 7 mois, qui avait été contaminé par une nourrice tuberculeuse. L'enfant guérit de sa pleurésie mais mourut plus tard de méningite tuberculeuse.

Nous admettrions assez volontiers, pour expliquer la faible documentation que nous avons pu recueillir sur ce sujet, non pas que ces pleurésies sont exceptionnelles, mais bien plutôt que tous les cas observés n'ont pas été publiés par leurs auteurs.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse à l'étude de cette question.

Le plan que nous avons adopté dans l'exposé de ce sujet est le suivant :

Dans un premier chapitre, nous rapporterons les observations des auteurs qui nous ont précédé ainsi que nos deux observations inédites de la Clinique des Enfants-Malades.

Dans un second chapitre, nous résumerons et critiquerons ces observations pour ne retenir que celles qui semblent se rapporter incontestablement à des pleurésies tuberculeuses.

Dans un troisième chapitre nous étudierons la pathogénie de ces pleurésies, puis dans un quatrième nous exposerons l'anatomie pathologique. Enfin les chapitres ultérieurs seront consacrés à l'étude clinique de ces pleurésies ; nous passerons ainsi en revue la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Observation I

ANDRAL, obs. XXVI. *Clinique médicale*, 1824, t. II.

Épanchement pleurétique partiel avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses ; mélanose pulmonaire.

Un menuisier âgé de 68 ans éprouve une gêne habituelle dans la respiration depuis cinq à six mois. Il est essoufflé dès qu'il marche. Cet état est survenu peu à peu, sans qu'aucune maladie aiguë l'ait précédé. Le malade n'a jamais ressenti aucune douleur thoracique. Il entre à la Charité le 12 janvier 1822, il est faible, pâle et très maigre. La respiration est courte, accélérée, la parole entrecoupée, haletante. Le décubitus horizontal est impossible.

La poitrine percutée ne résonne que médiocrement à droite depuis la clavicule jusqu'au sein. Dans ce même espace, le bruit respiratoire est net, mais faible. A

gauche, le son est très mat dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que latéralement et en avant dans l'espace compris entre la clavicule et le sein. En se rapprochant du sternum à cette même hauteur la matité diminue. Le bruit respiratoire est nul là où le son est très mat; on l'entend faiblement, mais sans râles près du sternum. Dans toute cette étendue, la voix présente une résonance qu'elle n'a point ailleurs; on n'entend pas toutefois le véritable chevrotement qui constitue l'égophonie. Dans les autres points du thorax, c'est-à-dire dans l'étendue des deux lobes inférieurs, le son est clair et le bruit d'expansion pulmonaire très intense. La toux est rare, l'expectoration peu abondante, catarrhale. Le pouls est fréquent et régulier, la peau sans chaleur fébrile, les fonctions digestives sont intactes.

Le lendemain 13, on constate des signes d'inflammation gastro-intestinale, langue rouge et sèche, soif vive, ventre ballonné et douloureux, diarrhée, pouls plus fréquent et peau chaude.

14. — Léger délire; langue moins rouge et humide, grande dyspnée, même état d'ailleurs.

15. — Même état.

16. — Amélioration sous le rapport de l'état des voies digestives et du cerveau, persistance de la dyspnée.

17-18. — Alternatives de délire et de bon sens, langue sèche, prostration de plus en plus grande.

Les jours suivants, dépérissement rapide, gêne toujours croissante de la respiration; mêmes renseignements par l'auscultation et la percussion.

Dans la matinée du 22, le malade paraît insensible à toutes les impressions extérieures ; l'œil est éteint, la bouche reste entr'ouverte, la respiration est ralentie, la vie animale est anéantie. Au milieu de cet état d'agonie, le pouls très petit est régulier et sans fréquence. Mort dans la journée.

Autopsie. — État de marasme, léger œdème de la face dorsale de la main gauche. Le côté gauche du thorax, depuis la première côte jusqu'à la cinquième ou sixième, est occupé par un liquide limpide et incolore qui a refoulé vers le médiastin le lobe supérieur du poumon de ce côté. La cavité qui contient ce liquide est limitée en bas, par des fausses membranes qui s'étendent des côtes au poumon et forment comme une cloison qui sépare en deux parties ou étages la cavité de la plèvre gauche.

Le poumon est tapissé par des pseudo-membranes d'une épaisseur et d'une consistance remarquable. Leur aspect présente assez d'analogie avec celui des cartilages interarticulaires. En plusieurs points, elles offrent des petits noyaux de substance osseuse. Le lobe inférieur du poumon gauche est sain et libre d'adhérences. Le lobe supérieur du poumon droit présente un grand nombre de petites masses d'un blanc mat, ayant la consistance de la craie imbibée d'eau et d'une dureté pierreuse en quelques points.

Autour de ces dépôts de phosphate calcaire, la substance pulmonaire était noire comme du charbon, très dure, très difficilement déchirable.

Ailleurs, le tissu pulmonaire grisâtre, engainé d'une

grande quantité de sérosité spumeuse et incolore était encore perméable à l'air. Les parties mélanosées occupaient au moins les deux tiers de ce lobe. Les deux autres lobes du poumon droit étaient sains.

L'estomac était médiocrement distendu par les liquides ; sa face interne, généralement blanche, présentait à la partie moyenne de la grande courbure une petite ulcération pouvant admettre à peine une pièce de dix sous. Les bords de cette ulcération étaient formés par la muqueuse blanche et un peu ramollie, et le fond par le tissu lamineux également blanc et non épaissi.

Plus près du grand cul-de-sac existait une petite tumeur arrondie du volume d'un gros pois, couverte par la muqueuse conservée intacte au-dessus d'elle ; elle était développée dans le tissu sous-muqueux, et offrait tous les caractères de la matière tuberculeuse à l'état de crudité. Dans le reste de son étendue, la muqueuse était blanche, d'épaisseur et de consistance ordinaire.

Le canal intestinal était généralement pâle, excepté dans l'espace d'un pied environ au-dessus du cæcum où existait une légère congestion.

Le foie peu volumineux était facilement déchirable et graissait un peu le scalpel.

La moindre pression réduisait le tissu de la rate en une pulpe d'un rouge pâle.

Une quantité notable de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Il y en avait aussi en grande abondance dans les ventricules latéraux, à la base du cerveau et dans le canal rachidien. La substance cérébrale était de consistance ordinaire, non injectée.

Observation II

Andral, obs. XXVII. *Clinique médicale*, 1824, t. II.

Epanchement pleurétique partiel résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente.

Un domestique âgé de 26 ans, récemment traité à la Charité d'une diarrhée chronique, fut pris quelque temps après sa sortie d'une vive douleur un peu au-dessous du sein droit ; en même temps, toux sèche et dyspnée ; persistance de ces symptômes les quatre ou cinq jours suivants, puis entrée à la Charité dans le cours du mois de novembre 1822.

La poitrine percutée rendait un son très mat à droite, latéralement, dans l'espace occupé en hauteur par les troisième, quatrième et cinquième côtes et borné en avant par le mamelon, en arrière par la ligne axillaire de l'omoplate. Plus bas, le son redevenait clair dans un assez court espace, puis il présentait de nouveau une matité due à la présence du foie. Dans le premier espace, la respiration était nulle et la voix offrait un chevrotement très marqué. Partout ailleurs le bruit respiratoire était net et fort et la poitrine résonnait d'autant mieux que le malade était assez maigre. La douleur ne se faisait plus que très faiblement sentir ; la toux était rare, l'expectoration catarrhale, la respiration courte ; le décubitus avait lieu sur le dos ; le pouls était fréquent ;

la peau chaude. L'existence d'un épanchement pleurétique circonscrit ne parut point douteuse.

A la suite d'une saignée et d'application de sangsues sur le côté droit, la peau perdit sa chaleur et la fréquence du pouls diminua ; la douleur de côté disparut complètement mais les signes locaux n'offrirent aucun changement. Le côté malade fut couvert d'un large vésicatoire : peu de jours après son application, le pouls perdit sa fréquence. Le vésicatoire rendait la percussion impossible, mais l'auscultation n'annonçait aucune diminution dans l'épanchement. Le malade offrit cet état stationnaire pendant une quinzaine de jours. Alors une fièvre intermittente survint : frisson chaque jour depuis 10 heures du matin jusqu'à midi ; chaleur jusqu'au soir, sueur pendant la nuit. Le malade eut ainsi sept accès qu'on ne chercha point à déranger et qui diminuèrent progressivement d'intensité. Après le troisième accès l'épanchement avait diminué ; le son était sensiblement moins mat et le bruit respiratoire commençait à s'entendre faiblement ; après le septième accès, la matité avait complètement disparu, le bruit respiratoire s'entend partout avec une égale intensité ; il n'y avait plus trace d'égophonie. D'ailleurs respiration libre, apyrexie, état général excellent.

Le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

Observation III

GUINON. *Bull. et Mém. de la Société anatomique*, nov. 1887, p. 701.

Guinon rapporte deux cas de pleurésies chroniques avec épaississement considérable de la plèvre (pleurésies hypertrophiques) produisant alors des troubles circulatoires secondaires qui peuvent amener la mort. Toutefois la première de ces deux observations se rapporte seule à une pleurésie enkystée du sommet, et encore sa nature tuberculeuse n'est pas prouvée.

La voici :

G..., 89 ans, entré en février 1887, dans le service de M. Bucquoy. Il est oppressé depuis plusieurs années ; il tousse depuis quelques mois, éprouve un peu de fièvre. Il présente depuis trois semaines de l'œdème des membres inférieurs et des bourses.

Le malade amaigri a l'aspect d'un cardiaque asystolique : face congestionnée, cyanosée, battements des jugulaires, pouls veineux. Le pouls est petit, irrégulier et égal. Œdème des membres inférieurs, des bourses et des parois abdominales, sans ascite. La dyspnée intense du malade s'exaspère la nuit, la toux très pénible amène l'expulsion de quelques crachats purulents. Pas de point de côté.

Le cœur n'est pas hypertrophié. On constate un dédoublement inconstant du deuxième bruit à la pointe ; pas de souffle.

L'examen du thorax dénote une diminution générale de la sonorité, devenant *véritable matité au sommet gauche en avant.* Aux deux bases, on ne trouve que de la submatité. En avant, sous les deux clavicules, on perçoit un murmure vésiculaire très affaibli avec quelques râles sous-crépitants ; en arrière, de gros râles sous-crépitants, dans les deux fosses sus-épineuses ; râles fins aux bases ; souffle léger à la base droite.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigts ; on croit sentir quelques battements hépatiques.

L'appétit est conservé ; pas de vomissements, diarrhée provoquée par le lait.

Urines foncées ; albuminurie en quantité notable. Pas de fièvre.

Malgré le traitement par la digitale, la caféine, la cyanose et l'œdème augmentent ; le cœur devient irrégulier et le malade succombe à la façon d'un cardiaque asystolique un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — La plèvre droite renferme dans sa partie supérieure un épanchement séreux, homogène (1 litre au plus) mais sa partie inférieure, le cul-de-sac costo-diaphragmatique et la gouttière costo-vertébrale sur une hauteur de 15 centimètres sont comblés par une masse fibreuse qui a pris la place du poumon sur une grande étendue.

Cette production, dont le volume total peut être égal à celui des deux poings et dont l'épaisseur atteint par place 6 centimètres, est extrêmement dure et réunit en une seule masse la plèvre, le diaphragme, le poumon, constituant ainsi une sorte de tumeur fibreuse. Elle est

homogène, jaune grisâtre, formée de couches stratifiées d'épaisseur inégale. Le poumon sous-jacent est atélectasié, réduit à une masse indurée, ardoisée.

La plèvre gauche est beaucoup moins atteinte, et ne contient qu'un peu de liquide clair et quelques adhérences disséminées. Le poumon gauche présente des traces de congestion et de pigmentation ancienne. *En aucun point, pas plus qu'à droite, on ne trouve de tubercules.*

L'examen histologique de la plèvre droite montre un tissu purement fibreux, presque sans noyaux ; très peu vasculaire ; *dans les points examinés il n'existait pas de tubercules.*

Les autres organes paraissent sains. Au cœur, l'oreillette droite est très dilatée, mais les valvules sont intactes : la valvule mitrale est seulement légèrement épaissie. Le foie mou n'offre pas l'aspect cardiaque.

Les reins sont congestionnés.

Observation IV

Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill. *Bulletin et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux.* Séance du 13 mai 1910, p. 561.

L.., 32 ans, employé, entre le 28 février à l'hôpital Saint-Antoine, salle Béhier, parce qu'il a de la fièvre et qu'il tousse. A part une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans,

il a toujours été bien portant. Cependant il s'enrhume facilement l'hiver.

L'affection actuelle a débuté le 22. Il se sentait fatigué depuis quelques jours, lorsque à cette date il ressentit un point de côté sous le mamelon droit. En même temps il perdait l'appétit et éprouvait des maux de tête surtout le soir.

Le point de côté persista quelques jours, s'accompagnant d'une toux quinteuse, sans expectoration, et de fièvre. Voyant qu'il n'allait pas mieux, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le jour de son entrée, le point de côté a beaucoup diminué et il se plaint surtout de tousser. La température est à 39°. Le pouls ne dépasse pas 94. L'auscultation et même le palper font constater des frottements pleuraux à la base droite, sur la ligne axillaire. Dans le reste du poumon, on ne trouve que des signes de bronchite diffuse. Rien du côté des autres organes.

Les jours suivants, la température faiblement rémittente monte progressivement pour atteindre 40°2 le soir du 4 mars. Le même jour, le malade a une épistaxis. Le pouls ne dépasse pas 100. Les symptômes thoraciques sont moins accusés. Le point de côté a complètement cessé ; la toux est moins fréquente et moins quinteuse ; il n'y a pas de dyspnée ; les frottements ont disparu. On ne constate toujours rien du côté des autres organes.

Malgré cette amélioration apparente, quant aux symptômes thoraciques, la température reste élevée en plateau entre 39°7 et 39°8. L'hypothèse d'une fièvre typhoïde

est alors discutée. La hauteur et la continuité de la fièvre, la lenteur relative du pouls, l'épistaxis survenue quelques jours auparavant pouvaient y faire penser, malgré l'absence de tout symptôme abdominal (diarrhée, taches rosées, grosse rate). Et en effet le séro-diagnostic fait le 6 mars, dans des conditions d'ailleurs défectueuses, parut donner un résultat positif.

Le malade fut soumis aux bains à 30° et sous leur influence, la fièvre tomba à 39°, puis à 38°6. Pourtant le diagnostic de fièvre typhoïde ne nous satisfaisait pas. Le malade, malgré sa température élevée, n'avait à aucun degré l'habitus, le facies typhique et les symptômes abdominaux continuaient à manquer sur toute la ligne. Ainsi, le résultat positif de la séro-réaction nous paraissait-il devoir être attribué à l'ancienne fièvre typhoïde malgré sa date reculée. Au surplus, l'épreuve fut faite une seconde fois, le 14, puis à quelques jours de distance, une troisième fois dans des conditions offrant toutes garanties d'exactitude, le résultat fut les deux fois négatif (au 1/50). Il ne s'agissait donc pas de fièvre typhoïde.

Nous fûmes ainsi amenés à une septicémie bacillaire, une typho-bacillose. C'est alors (16 mars) qu'examinant avec soin les sommets pulmonaires pour dépister le point de départ de cette poussée aiguë, nous trouvâmes sous la clavicule droite, dans les deux premiers espaces intercostaux, une matité franche avec diminution des vibrations et de murmure vésiculaire. En arrière, nous ne trouvions rien de particulier, à part une légère submatité au sommet et, sur toute la hauteur, une certaine

diminution de la respiration par rapport au côté opposé. Au premier abord, nous pourrions voir là la confirmation du diagnostic, et admettre l'évidence d'une infiltration tuberculeuse étendue du sommet droit.

Mais, dans ces conditions, une pareille hypothèse s'accommodait mal de l'absence de tout souffle et de tout râle.

Il fallait donc envisager l'éventualité d'une pleurésie du sommet. Aussi, le 18 mars, M. Agasse-Lafont pratiqua-t-il, dans le second espace intercostal droit, une ponction exploratrice qui ramena un liquide citrin. L'examen du culot de centrifugation montra de nombreux globules rouges et lymphocytes, quelques mononucléaires et seulement çà et là un polynucléaire.

Le même jour, M. Béclère pratiqua l'examen radiographique du malade. Sur l'image radiographique, représentant le thorax, vu par sa face postérieure, on constate nettement une opacité occupant la totalité des trois premiers espaces intercostaux, une grande partie du quatrième (sauf la portion juxtavertébrale) et empiétant même sur le cinquième. Cette zone opaque est limitée inférieurement par une ligne régulièrement courbe, à concavité supérieure, signe de valeur pour faire admettre une poche liquide plutôt qu'une infiltration pulmonaire. L'obliquité des espaces intercostaux explique comment la poche liquide n'est guère en rapport en avant qu'avec les deux premiers espaces. Au-dessous de la zone opaque, en arrière, on voit une zone demi-claire contrastant nettement avec la franche clarté de tout le côté opposé. Cinq jours plus tard (24 mars) la percus-

sion décelait en arrière à la base droite, de la submatité, avec diminution des vibrations et disparition presque complète du murmure vésiculaire.

Une ponction exploratrice pratiquée dans le dixième espace ramenait un liquide citrin semblable au point de vue cytologique à celui du sommet. Sans retirer l'aiguille on pratiquait alors l'évacuation complète du liquide et l'on retirait alors 150 centimètres cubes.

Les jours suivants, la matité tendait à disparaître sous la clavicule comme à la base, en même temps que le murmure vésiculaire s'entendait mieux.

Le 30 mars, une nouvelle ponction exploratrice restait négative au sommet, à la base, on retirait 20 centimètres cubes d'un liquide légèrement hémorragique offrant toujours la même formule lymphocytaire.

Parallèlement à l'amélioration de l'état local, la température s'abaissait très progressivement, en même temps qu'augmentait la diurèse. Mais ce n'est que le 8 avril, c'est-à-dire plus de six semaines après le début, que l'apyrexie était complète.

A cette date, on ne trouvait plus qu'une très légère diminution de sonorité à la partie interne du premier espace, tout contre le sternum, mais les vibrations et le murmure vésiculaire étaient aussi nets que du côté opposé. D'ailleurs, un second examen radioscopique ne montra plus rien d'anormal.

Le malade, quelques jours plus tard, partit en convalescence à Vincennes.

Observation V

Inédite. Service de M. le Professeur Hutinel, communiquée par M. le Dr Harvier.

Le G... Jeanne, âgée de 14 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Parrot, lit n° 4, dans le Service du Professeur Hutinel, suppléé par M. le Dr Nobécourt.

Elle se plaint de toux depuis quelques jours, en même temps que de nausées, de céphalée et de douleurs abdominales. Elle crache assez abondamment.

Les parents sont bien portants. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. Elle est née à terme, a été élevée au sein jusqu'à 18 mois. Elle a eu la rougeole en bas âge, et il y a deux ans et demi elle a fait la scarlatine. Il y a deux mois qu'elle se plaint du pied gauche, au niveau duquel elle a présenté une ulcération, qui s'est fistulisée. Le trajet s'est fermé, puis s'est ouvert à nouveau il y a huit jours.

Examen le 22 août 1911. — La température oscille entre 39° et 39°8. Le pouls est à 120. L'examen des différents viscères est à peu près négatif. Cependant la rate est grosse.

Seul, l'appareil respiratoire présente les modifications suivantes : On constate à la percussion une grosse matité du sommet droit, qui descend en arrière jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. A l'auscultation, on note la présence de râles

sous-crépitants. A gauche, la fosse sus-épineuse est submate, la respiration est rude. L'enfant présente une expectoration verdâtre. La tension artérielle au Pachon est 12 maxima ; et 7 minima.

22 *au* 26 *août.* — Les signes locaux sont les mêmes, la température se maintient entre 38°5 et 39°6. L'intradermo-réaction est positive ; la recherche des bacilles de Koch dans les crachats est négative.

28 *août.* — La température reste élevée aux environs de 39°. La courbe thermique depuis l'entrée présente des oscillations descendantes assez analogues à celles d'une dothiénentérie. Bien que la matité splénique ait disparu et que l'enfant ne présente pas ailleurs aucun autre signe de fièvre typhoïde, on pratique la séro-réaction de Widal qui est négative.

28 *août au* 2 *septembre.* — La température baisse lentement : une nouvelle séro-réaction est encore négative. Un second examen de crachats reste négatif : pas de bacilles de Koch.

6 *septembre.* — La température est presque revenue à la normale : 37°4 ; l'enfant a maigri depuis son entrée : 41 kgr.650 le 22 août ; 39 kilogrammes le 6 septembre. Les symptômes stéthoscopiques se sont modifiés : a droite, au sommet, en avant, même matité qu'au début, mais à l'auscultation on ne perçoit qu'un gros souffle à timbre tubaire, presque cavitaire avec de nombreux râles sous-crépitants. Au sommet en arrière, la respiration est plus faible qu'à gauche, l'expiration est prolongée et soufflante.

A la base droite, il existe une légère submatité avec

diminution de la respiration, sans égophonie ni pectoriloquie aphone.

8 *septembre.* — On fait une ponction exploratrice dans la région axillaire droite, au niveau du bord externe de la glande mammaire, dans le quatrième espace intercostal droit. L'aiguille est enfoncée de 4 cm. 50 on retire alors 10 centimètres cubes d'un liquide séreux, fibrineux, mousseux, très légèrement teinté de sang.

13 *septembre.* — Le sommet droit reste submat. Le souffle persiste en avant. On perçoit encore des râles sous-crépitants.

L'état de l'enfant s'améliore ; la température revient à la normale ; l'enfant prend du poids. Elle sort au mois d'octobre pesant 42 kgr. 200.

Observation VI

Inédite. Service de M. le Professeur Hutinel, communiquée par M. le Dr Harvier.

Mitt... Marie, âgée de 5 ans, est amenée à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Parrot, le 27 novembre 1911. Cette enfant a été conduite à l'hôpital par une voisine et ne peut fournir aucun renseignement aussi bien sur ses antécédents héréditaires que personnels.

Examen le 28 novembre 1911. — Enfant maigre et pâle. Poids 9 kgr. 800, taille 0 m. 86. La température est 38°3. Le pouls à 150 régulier. On note quelques traces de rachitisme : une légère incurvation des diaphyses des

tibias, une augmentation du volume des épiphyses des tibias et de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras ; de plus, un léger chapelet costal.

Le thorax est amaigri et l'abdomen augmenté de volume. L'habitus extérieur est celui d'une tuberculeuse : longs cils, cheveux partiellement roux (en particulier, sur le sommet de la tête), légère hypertrichose au niveau des vertèbres cervico-dorsales. Ganglions durs à la racine du cou, ganglions aux aisselles et aux aines.

On ne constate aucun simptôme méningé, ni raideur, ni signe de Kernig, ni modification des réflexes.

La respiration est rapide : 58 respirations par minute, assez superficielle mais régulière. A l'examen du thorax la sonorité paraît normale du côté droit, tant en avant, qu'en arrière. A gauche, par contre, on constate en avant et en arrière au niveau du sommet l'existence d'une matité assez nette. Toute la fosse sous-claviculaire est mate ; mais l'espace de Traube reste sonore. En arrière la matité s'étend dans la fosse sus-épineuse et sous-épineuse de l'omoplate. A l'auscultation on perçoit à droite une respiration un peu rude au sommet, sans bruits surajoutés : au sommet gauche un souffle rude qui s'étend aussi bien en arrière qu'en avant.

Le cœur est normal, l'examen de l'abdomen est négatif. Il n'y a ni acite, ni circulation collatérale ; le foie et la rate ont un volume normal. Il n'y a pas d'albuminurie dans les urines.

L'état digestif semble normal ; la langue est un peu saburrale. Pas de diarrhée.

Le diagnostic porté à l'entrée est celui *d'adénopathie*

trachéo-bronchique volumineuse, avec poussée congestive au niveau du sommet gauche.

29 *novembre.* — Les symptômes observés sont les mêmes ; la température est à 39° le pouls bat à 154. La respiration atteint le chiffre de 60 par minute ; l'intradermo-réaction à la tuberculine est nettement positive. La matité persiste au sommet gauche aussi nette et aussi étendue et elle est telle qu'on décide de faire une ponction exploratrice. Une ponction pratiquée à l'aide de la seringue de Pravaz sous la clavicule gauche dans le deuxième espace intercostal ramène sans difficulté 10 centimètres cubes d'un liquide clair citrin. L'aspiration est très facile et laisse supposer que la quantité de liquide épanchée est assez considérable. En arrière une ponction exploratrice pratiquée dans la partie interne du troisième espace intercostal, le bras étant en abduction, est également positive et ramène une quantité de liquide égale à celle de la ponction antérieure et présentant les mêmes caractères macroscopiques. Par contre une ponction pratiquée plus bas, au niveau de la pointe de l'omoplate est négative.

Le diagnostic exact de l'affection est donc celui de pleurésie du sommet gauche, *de pleurésie enkystée du sommet gauche*. Les caractères cytologiques du liquide sont les suivants : polynucléaires, la plupart peu altérés, avec quelques rares lymphocytes, mais il n'y a pas de germes à l'examen direct.

L'examen radiologique est pratiqué le même jour et confirme le diagnostic. En effet, sur une radiographie du thorax vu par sa face postérieure, on constate une

opacité très nette occupant tout le sommet en largeur et s'étendant en hauteur sur les quatre premiers espaces intercostaux. La limite inférieure de la zone opaque est légèrement concave en haut. Le reste du poumon est aussi clair que du côté opposé.

1er *décembre*. — Même état : température, 38°2-38°5. Pouls, 140.

Les symptômes locaux n'ont pas varié, toutefois, il semble que la matité s'étende un peu plus bas que les jours précédents dans la région postérieure du poumon gauche. On constate de plus une respiration affaiblie à la base avec un souffle lointain.

2 *décembre*. — L'enfant est calme. La respiration est moins fréquente, 42 par minute. La température est à 38°4 ; le pouls à 132. Les symptômes physiques sont les suivants : même matité de bois du sommet gauche en avant et en arrière, avec souffle pleurétique à timbre aigre, maintenant très net. A la base gauche, il y a une légère obscurité de la sonorité et de la respiration, mais sans souffle. A droite du sommet on constate une respiration supplémentaire.

On pratique trois nouvelles ponctions exploratrices : une à la base gauche qui reste négative, une deuxième dans la partie interne du troisième espace intercostal en arrière, qui est également négative ; seule la ponction pratiquée en avant dans le deuxième espace intercostal sous la clavicule est positive. On retire facilement 20 centimètres cubes de liquide pleural clair, citrin, séro-fibrineux.

Deux cobayes sont inoculés, chacun avec 5 centimètres

cubes de ce liquide sous la peau de l'aine, le 2 décembre.

Sacrifiés le 5 janvier 1912 on constate chez l'un un chancre d'inoculation, avec abcès caséeux sous-jacents, une adénopathie caséeuse de la région de l'aine, des tubercules très nets de la rate ; chez le second, il n'y a pas de chancre d'inoculation, mais les ganglions rétro-aortiques de l'abdomen sont volumineux ; quelques-uns sont caséeux. Il existe des tubercules très nets au niveau de l'épiploon, près de la grande courbure de l'estomac, et de nombreuses granulations tuberculeuses du foie, de la rate et de la face inférieure du diaphragme.

Les examens sur frottis des ganglions caséifiés, décèlent chez les deux animaux la présence de bacilles de Koch.

L'examen cytologique du liquide retiré le 2 décembre montre une formule nettement lymphocytaire. Les lymphocytes sont en grande majorité, à peine constate-t-on çà et là sur les préparations de rares polynucléaires de très petite taille et picnotiques.

4 *décembre*. — Température, 38°4. Pouls, 128. Respiration, 52.

7 *décembre*. — La température oscille du 4 au 7 entre 39°6 et 38°4. Pouls à 132. Respiration, 48. Les symptômes stéthoscopiques sont les mêmes, on remarque aujourd'hui une *voussure légère du sommet* gauche en avant, avec une légère circulation collatérale à ce niveau. De même en arrière, au niveau de la base, les veines superficielles sont dilatées et très apparentes. On note au niveau des membres inférieurs des traces de livedo annularis.

13 *décembre*. — La voussure thoracique antérieure du sommet gauche en avant est aujourd'hui manifeste. La circulation collatérale est développée davantage. Les symptômes de pleurésie persistent tant en avant qu'en arrière. L'enfant se cachectise.

21 *décembre*. — Température, 37°2. Depuis le 18 décembre la température est au-dessous de 38°. Le poids de l'enfant a diminué, il est de 9 kgr. 600.

27 *décembre*. — L'état général semble s'améliorer, l'enfant paraît plus gaie ; la température reste au-dessous de la normale. La respiration est affaiblie au sommet gauche en arrière ; la matité subsiste, de même qu'en avant et présente les mêmes caractères de matité de bois. La circulation collatérale est très marquée sur la partie antérieure du thorax et prédominante à gauche.

Elle s'étend jusqu'au niveau de la région ombilicale. L'abdomen est ballonné. Il n'est pas douloureux. On pratique, pour la troisième fois plusieurs ponctions exploratrices qui amènent à des constatations nouvelles. Une ponction faite en avant au même niveau que précédemment (deuxième espace intercostal gauche) est négative. Il est impossible de retirer même quelques gouttes de liquide. L'aiguille est introduite avec peine ; elle semble traverser une paroi rigide et résistante comme si la plèvre très épaissie, se laissait difficilement franchir. De plus l'aiguille reste immobile et ne suit pas les mouvements respiratoires.

En arrière, au niveau du troisième espace intercostal gauche, l'introduction de l'aiguille est moins pénible. On retire, par extirpation, à peine un centimètre cube

d'un liquide blanchâtre, très visqueux, qui se coagule immédiatement.

L'examen cytologique de ce liquide, malgré la coagulation massive, montre par étalement du coagulum sur lames, la présence d'un grand nombre d'hématies et exclusivement des lymphocytes, comme éléments blancs. On ne trouve aucune figure cellulaire d'aspect néoplasique (l'étendue de la matité avait fait supposer un moment l'existence d'un néoplasme de la partie supérieure du poumon, d'autant plus admissible d'ailleurs, que la voussure et la circulation collatérale s'étaient nettement accentuées depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital).

28 *décembre*. — Mêmes symptômes pulmonaires. Ce qui domine actuellement dans l'état de la malade, en dehors des symptômes précédents, c'est l'état de l'abdomen, qui est très ballonné, mais non douloureux. Il n'y a pas d'ascite. La sonorité existe sur toute l'étendue du ventre. Le toucher rectal est négatif.

La température est de 37°4. Le poids est de 9 kgr. 800.

11 *janvier*. — Poids, 9 kgr. 950. Etat subfébrile aux environs de 38°.

16 *février*. — L'enfant se cachectise de jour en jour. Le ventre est toujours volumineux. La matité subsiste au sommet gauche, comme aux premiers jours. La respiration est très affaiblie.

La température se maintient, peu élevée, oscillant entre 37°5 et 38°5.

15 *mars*. — Depuis cinq jours on note une nouvelle poussée thermique 38°5.

L'exploration de l'abdomen dénote un certain degré d'ascite avec une circulation collatérale très développée, Cette circulation abdominale est reliée à celle du thorax, toujours prédominante du côté gauche. Au sommet gauche, la respiration est très affaiblie et s'entend à peine.

19 *mars*. — Aucune modification. On constate le même état fébrile. Le poids est de 9 kgr. 300.

28 *mars au* 11 *mai*. — Le même état subsiste, l'enfant pâlit de jour en jour, s'amaigrit et se cachectise. Elle mange très peu. Les fonctions intestinales sont irrégulières ; elle reste constipée pendant plusieurs jours, puis présente ensuite des selles diarrhéiques assez fétides. Elle n'a pas de vomissements. La température présente des oscillations irrégulières comprises entre 37°5 et 39°6.

30 *mai*. — L'abdomen est moins volumineux ; le liquide péritonéal s'est résorbé ; la circulation collatérale est moins développée. Il semble qu'il y ait une amélioration très nette des lésions péritonéales. Cependant, à la palpation profonde, on sent contre la colonne vertébrale, un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic, une masse dure de forme assez régulièrement arrondie qui n'est pas douloureuse. Une radiographie de l'abdomen pratiquée à deux reprises différentes ne laisse apercevoir de ce côté aucune ombre anormale. Nous croyons cependant qu'il s'agit là des masses ganglionnaires sans pouvoir l'affirmer. Le toucher rectal ne montre aucun empâtement, ni aucune tuméfaction ganglionnaire dans la cavité du petit bassin.

On constate, en outre, à l'inspection du thorax à gau-

che, trois tuméfactions de petit volume qui font saillie sous les tégumments et ressemblent à des *abcès froids*. La première de ces petites tumeurs a les dimensions d'une noix. Elle est située au niveau de la partie interne de l'épine de l'omoplate. Cette tumeur donne à la palpation une sensation de fluctuation nette ; la peau est mobile sur elle. La seconde est située plus bas, elle répond au bord interne de l'omoplate entre la neuvième et la dixième apophyse épineuse. Elle est d'un volume sensiblement égal à la première, arrondie comme elle, mais non fluctuante. La troisième est plus volumineuse que les précédentes, et est située plus en dehors sur la ligne axillaire postérieure entre la dixième et la onzième côte. Elle paraît plus dure ; la peau qui la recouvre est lisse et blanche. Il n'y a aucune trace de rougeur.

Le premier de ces abcès est ponctionné, sans résultat.

Une nouvelle ponction de la plèvre est pratiquée en arrière au niveau du troisième espace intercostal. L'aiguille s'enfonce difficilement et semble traverser une plèvre rigide et très épaissie ; elle reste immobile et ne présente aucune oscillation avec les mouvements respiratoires.

L'aspiration est négative. Toutefois, l'aiguille renferme dans sa lumière quelques gouttes d'un liquide épais jaunâtre, d'aspect caséeux. La recherche du bacille de Koch est restée négative.

CHAPITRE II

Résumé et critique des Observations

La première observation d'Andral, intitulée par l'auteur « Épanchement pleurétique partiel avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses, mélanose pulmonaire » est vraisemblablement un type de pleurésie enkystée séro-fibrineuse du sommet. Elle concerne un homme de 68 ans, entré à l'hôpital pour de la gène respiratoire, de la dyspnée, et qui présente au sommet gauche, tant en avant qu'en arrière une matité très nette, avec abolition du murmure vésiculaire, sans égophonie manifeste. En même temps, l'état général est mauvais : la fièvre, la rapidité du pouls, la langue rouge et sèche, un léger délire accompagnent des signes stéthoscopiques ; et très rapidement le malade succombe dix jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie montre une pleurésie nettement limitée au sommet gauche, refoulant et comprimant le lobe supérieur, tandis que le lobe inférieur du même côté est sain et libre d'adhérences.

Il s'agit là d'une pleurésie séreuse ou séro-fibrineuse,

certainement non purulente. Le protocole d'autopsie en effet mentionne que le liquide est nettement limpide et incolore. S'agit-il maintenant d'une pleurésie tuberculeuse ? La nature bacillaire de l'épanchement paraît vraisemblable pour les raisons suivantes :

Bien que l'auteur ne donne pas de détails, dans son observation anatomique sur l'état du poumon sous-jacent à l'épanchement, il note cependant du côté opposé une mélanose occupant les deux tiers du lobe supérieur. Ce lobe supérieur, ajoutait-il, contenait « un grand nombre de petites masses d'un blanc mat, ayant la consistance de la craie imbibée d'eau et d'une dureté pierreuse en quelques points ». De plus, nous voyons que l'estomac de son malade renfermait, au niveau du grand cul-de-sac sur la grande courbure, une petite tumeur « qui offrait tous les caractères de la matière tuberculeuse à l'état de crudité ».

Il s'agit donc bien là vraisemblablement d'un tubercule. D'ailleurs Andral commentant lui-même son observation n'écrit-il pas : « Le liquide était limpide, incolore, semblable en un mot à la sérosité d'une hydropisie essentielle. »

L'ensemble de toutes ces considérations nous donnent tout lieu de penser qu'il s'agit bien là dans ce cas d'*une pleurésie séro-fibrineuse enkystée tuberculeuse du sommet gauche*.

Quant à la seconde observation d'Andral que nous rapportons, elle nous paraît beaucoup moins probante que la précédente. Elle nous semble de plus assez difficile à interpréter. L'auteur l'intitule : « Épanchement

pleurétique partiel résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente. » Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans entrée à l'hôpital pour une vive douleur au-dessous du sein droit. L'examen de la poitrine décelait une matité située dans l'aisselle droite, comprise entre la troisième et la sixième côte « bornée en avant par le mamelon, en arrière par la ligne axillaire de l'omoplate » au niveau de laquelle la respiration était nulle et l'égophonie nette.

Si l'existence d'un épanchement pleurétique circonscrit ne semble pas douteuse, il n'en est pas de même de la localisation. En effet, il semble qu'il s'agisse plutôt d'une pleurésie enkystée de la région axillaire, que d'une pleurésie du sommet à proprement parler. D'autre part, la nature tuberculeuse de cette pleurésie n'est pas évidente. Rien dans l'histoire de la malade ni dans l'examen du thorax en dehors de la zone pleurétique ne permet de mettre en cause une infection tuberculeuse.

Enfin, les accès de fièvre intermittente qui coïncidèrent avec la résorption de l'épanchement sont par ailleurs difficiles à interpréter. Aussi, croyons-nous devoir négliger cette observation, comme insuffisamment probante.

Il en est de même de l'observation rapportée par M. Guinon. Il s'agit d'un vieillard de 89 ans, entré à l'hôpital avec des symptômes évidents d'asystolie. L'examen du cœur est négatif, mais l'exploration de la poitrine dénote une matité du sommet gauche en avant, avec affaiblissement du murmure vésiculaire et quelques râles sous-crépitants. La médication cardio-tonique

reste sans résultat et le malade succombe un mois après son entrée. A l'autopsie on constate une pleurésie séreuse enkystée du sommet droit.

Il s'agit bien d'une pleurésie du sommet, mais sa nature tuberculeuse n'est pas prononcée. En effet, l'auteur note expressément *qu'en aucun point du poumon, pas plus à droite qu'à gauche,* il n'existait de lésions tuberculeuses. La lecture de l'observation nous fait penser qu'il s'agit là peut-être d'une pleurésie enkystée secondaire à des lésions pulmonaires d'origine cardiaque ; car le poumon sous-jacent à l'épanchement « présentait des traces de congestion et de pigmentation ancienne ». De plus, l'oreillette droite est très dilatée.

Les trois dernières observations que nous rapportons sont incontestables et le diagnostic de pleurésie tuberculeuse enkystée du sommet ne saurait être mis en doute.

L'observation IV de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill concerne un homme de 32 ans, pris de point de côté, de toux, de fièvre. La symptomatologie assez vague et imprécise au début fait songer tout d'abord à une dothiénentérie, mais la séro-agglutination reste négative. Puis, une quinzaine de jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'examen du thorax décèle, sous la clavicule droite, une matité franche avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire. Une ponction exploratrice ramène un liquide citrin, de formule nettement lymphocytaire. Une radiographie confirme le diagnostic en montrant une opacité nettement localisée au sommet et limitée par une ligne régulièrement courbe

à concavité supérieure. L'évolution de cette pleurésie fut bénigne. Le liquide se résorba en quelques jours, en même temps que l'état général s'améliorait et que la température s'abaissait progressivement. Autre temps, cependant, une nouvelle exsudation pleurale s'était manifestée à la base du même côté. Elle fut évacuée, et ne récidiva point. Tous les symptômes disparurent en même temps à la base et au sommet.

La diagnose de pleurésie enkystée du sommet, déjà évidente par l'exploration physique a été confirmée dans cette observation par l'examen radioscopique et la ponction exploratrice. L'examen cytologique a fait enfin la preuve de la nature tuberculeuse de cette pleurésie enkystée, bien que l'inoculation au cobaye n'ait pas été pratiquée.

Notre observation V du Service de M. le Professeur Hutinel est celle d'une fillette de 14 ans dont l'histoire, à certains points de vue, se rapproche de celle du malade précédent.

Entrée à l'hôpital avec une température élevée, un état général assez sévère, le premier diagnostic qui vient à l'esprit fut celui d'une fièvre typhoïde, mais la séro-réaction ne donna pas raison à cette opinion. Une quinzaine de jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, alors que la température était presque revenue à la normale, on constata des symptômes stéthoscopiques un peu particuliers du sommet droit : matité, souffle à timbre tubaire, presque cavitaire avec présence de nombreux râles sous-crépitants. Malgré cette symptomatologie un peu anormale, on fit une ponction exploratrice dans le quatrième

espace intercostal sur la ligne axillaire, qui ramena un liquide séreux, fibrineux, légèrement teinté de sang. L'état de l'enfant s'améliora rapidement, sans que l'épanchement ait été évacué et elle sortit de l'hôpital, en état de guérison apparente, deux mois après son entrée.

Nous n'avons pu retrouver dans cette observation, l'examen cytologique du liquide retiré de la plèvre. Malgré cette lacune, il ne nous paraît pas douteux que cette pleurésie fut de nature tuberculeuse. Du côté opposé à l'épanchement, le sommet était submat et la respiration rude.

De plus, l'intradermo-réaction à la tuberculine fut positive. A noter également dans cette observation comme dans celle de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill, l'existence simultanée d'une pleurésie enkystée du sommet en avant et d'une exsudation légère de la base du même côté. La base droite était submate à la percussion, mais sans égophonie, ni pectoriloquie aphone.

L'observation VI est encore plus probante et plus instructive. Une fillette de 5 ans, pâle, amaigrie, ayant l'habitus extérieur des tuberculeux, présente une température élevée, une dyspnée assez vive, un pouls rapide et les symptômes pulmonaires suivants : matité de bois au sommet gauche en avant et en arrière, avec un souffle rude, qui fait tout d'abord porter le diagnostic de volumineuse adénopathie trachéo-bronchique. Cependant, l'étendue et la netteté de la matité engagent à une ponction exploratrice qui ramène un liquide citrin, à la formule polynucléaire. L'examen radioscopique confirme le diagnostic de pleurésie enkystée du sommet gauche.

Des ponctions pratiquées ultérieurement montrent la transformation progressive de la formule cytologique du liquide qui devient lymphocytaire.

L'inoculation de ce liquide faite à deux cobayes les tuberculise tous les deux.

L'évolution de cette pleurésie a été dans ce cas toute particulière ; les symptômes locaux ne se sont jamais modifiés. C'est ainsi que l'on vit les signes de pleurésie persister chez cette malade, deux mois après son entrée à l'hôpital aussi nets qu'au premier jour, alors que l'état général devenait de plus en plus précaire, que la température présentait des oscillations irrégulières et que l'enfant maigrissait et se cachectisait progressivement.

Puis on vit apparaître une voussure thoracique antérieure du sommet gauche, sur laquelle se dessinait une circulation collatérale manifeste ; cependant des ponctions exploratrices pratiquées dans la suite montrèrent que le liquide pleural s'était résorbé.

Pourtant, l'état fébrile persistait et une symptomatologie nouvelle attira l'attention. L'abdomen ballonné contenait de l'ascite et présentait une légère circulation collatérale. Une poussée de péritonite tuberculeuse avait suivi la résorption du liquide pleural. Cette poussée péritonéale fut transitoire ; et en l'espace de quelques semaines, le liquide ascitique s'était résorbé, mais à la palpation profonde de l'abdomen on peut alors sentir une masse assez volumineuse, dure, arrondie, répondant vraisemblablement à la caséification des masses ganglionnaires du mésentère.

Enfin, six mois après l'entrée de l'enfant à l'hôpital on voyait alors apparaître trois abcès froids des espaces intercostaux, situés sur la partie postérieure du thorax, au-dessous de la pleurésie du sommet gauche, et échelonnés de haut en bas, jusqu'aux dernières côtes.

La ponction du foyer pleural ramenait alors quelques gouttes de liquide épais, jaunâtre, caséeux, indiquant une évolution des lésions pleurales vers l'abcès froid.

En résumé, on peut dire que l'évolution clinique dans cette observation s'est faite assez schématiquement en trois phases : une première phase de pleurésie exsudative séro-fibrineuse rapidement résorbée, une seconde phase de poussée de péritonite à forme ascitique également fugace ; une troisième phase enfin d'abcès froid pleural, avec abcès froids intercostaux, vraisemblablement en rapport avec le foyer pleural.

∴

La critique de ces six observations nous amène à en retenir quatre qui ont trait certainement à des pleurésies enkystées du sommet, de nature tuberculeuse. Nous les mettrons à profit pour étudier la pathogénie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie et le diagnostic de cette variété de pleurésie.

CHAPITRE III

Pathogénie

La pleurésie enkystée du sommet est un épanchement constitué dans le cul-de-sac supérieur de la séreuse pleurale et isolée par des adhérences qui la circonscrivent.

Toute pleurésie enkystée ne peut guère se comprendre que par l'existence d'adhérences qui la circonscrivent. Les adhérences en question sont-elles récentes, c'est-à-dire sont-elles constituées peu de temps avant l'épanchement, ou bien datent-elles d'une maladie antérieure? Ces deux hypothèses sont, il faut l'avouer, tout aussi légitimes et applicables aux différents cas particuliers.

On sait que, d'une façon générale, les pleurésies enkystées sont, dans la majorité des cas, des *pleurésies secondaires,* consécutives soit à des lésions pulmonaires sous-jacentes, soit à des lésions de voisinage. En ce qui concerne les pleurésies tuberculeuses enkystées du sommet, il est possible d'admettre leur subordination

à des lésions tuberculeuses du sommet du poumon, ou peut-être plus fréquemment encore, et en particulier chez l'enfant, à une tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques ou à une tuberculose ganglio-pulmonaire, second stade de l'invasion bacillaire chez l'enfant.

Mais faut-il admettre que toutes ces pleurésies enkystées sont toujours secondaires? Et n'est-il pas possible d'admettre logiquement l'existence de *pleurésies enkystées* primitives; au même titre que la pleurésie primitive de la grande cavité? L'atteinte partielle de la plèvre serait la première localisation de l'infection bacillaire, ou tout au moins la première localisation apparente. Dans certains cas, il n'est pas irrationnel de supposer à l'origine d'une pleurésie enkystée, une infection générale, en l'espèce une bacillémie tuberculeuse, issue d'un foyer de tuberculose ganglionnaire du médiastin. Cette infection bacillaire, quelquefois grave, dans d'autres circonstances très atténuée et même parfois cliniquement latente, pourrait seule expliquer les cas de pleurésie tuberculeuse qui ne semblent pas avoir été précédés d'une tuberculose pulmonaire. Il est certes difficile de prouver que ce mode d'infection est celui qui a été réalisé dans les observations que nous rapportons. Toutefois cette hypothèse semble très plausible dans l'observation de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill. Le malade était entré à l'hôpital avec des symptômes généraux qui avaient fait porter le diagnostic de dothiénentérie. Ces symptômes pouvaient aussi bien se rapporter à une typho-bacillose ou à une granulie atténuée, qui se serait jugée secondairement par la localisation

pleurale. Et d'ailleurs nous voyons que les auteurs précédents admettent comme conclusion générale de leur observation que leur malade a fait une typho-bacillose à forme pleurale, c'est-à-dire un type atténué de granulie pleurale.

C'est également de la même façon que l'on peut concevoir notre observation V concernant une grande fillette de 14 ans, dont la température oscillait entre 39° et 39°8, sans aucune détermination viscérale, en dehors d'une grosse rate et de modification de la sonorité et de la respiration au sommet droit. Là encore la séro-réaction de Widal fut négative.

La température revint progressivement à la normale en l'espace de deux semaines environ, et c'est à ce moment qu'une ponction exploratrice révéla la présence d'une pleurésie enkystée du sommet droit. Comme dans l'observation de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill, le diagnostic de poussée granulique, de bacillémie passagère est légitime et il nous semble bien que l'origine de cette pleurésie enkystée soit une infection hématogène.

Pour ce qui concerne notre observation VI, on peut encore invoquer d'ailleurs la même pathogénie. Dans ce cas particulier, on ignorait l'état antérieur de la petite malade, âgée de 5 ans, sur laquelle aucun renseignement n'avait pu être fourni à son entrée. Mais chacun sait combien est rare la tuberculose pulmonaire infiltrée d'un sommet à cet âge; et il est peu vraisemblable d'admettre que l'infection de la séreuse ait été secondaire à une lésion tuberculeuse du poumon sous-jacent,

tandis que toute l'histoire de la malade, son état général, la température élevée, la rapidité du pouls, la cyanose plaident en faveur du diagnostic de poussée granulique.

Dans ces trois observations par conséquent, l'infection de la séreuse par la voie sanguine est, nous semble-t-il, infiniment plus probable, si l'on veut bien interpréter l'allure générale de la maladie plutôt que l'infection par contiguïté. D'ailleurs cette voie d'infection est admise sans contestation pour d'autres pleurésies enkystées, en particulier, pour la pleurésie interlobaire streptococcique d'origine puerpérale ; dans ce cas on ne saurait certes admettre, pour expliquer l'origine de la pleurésie, l'existence de lésions pulmonaires antérieures. A notre sens il doit en être de même pour l'infection tuberculeuse ; remarquons de plus que dans ces trois cas signalés il s'agit de sujets jeunes, chez qui les poussées granuliques sont extrêmement fréquentes.

Il nous reste encore à expliquer la raison de l'enkystement de l'épanchement pleural. Toute pleurésie enkystée, qu'elle soit tuberculeuse ou non, peut être réalisée par deux processus : Ou bien la plèvre était déjà lésée avant la production de l'épanchement et des adhérences plus ou moins épaisses ont limité l'exsudation pleurale. Ou bien la plèvre était saine avant l'apparition de la pleurésie séro-fibrineuse et le liquide s'est enkysté à mesure qu'il s'est formé. C'est ce processus que M. Gouget et ses collaborateurs semblent admettre chez leur malade, en supposant qu'il s'est produit au cours de l'infection tuberculeuse de la séreuse « une

réaction fibrineuse très accusée et très étendue, et secondairement une exsudation de sérosité qui n'a pu se collecter que dans les portions de la cavité pleurale restées libres ». Et, en effet, il est à remarquer que dans cette observation, la pleurésie enkystée du sommet n'était pas isolée, mais coexistait avec un épanchement pleural situé à la base. Il y avait en somme un double épanchement séro-fibrineux enkysté. Toute lapartie intermédiaire de la cavité pleurale était probablement comblée par des adhérences, ainsi qu'en témoignait la moindre clarté du thorax à la radiographie.

Enfin, nous trouvons une remarque intéressante, concernant la pathogénie de ces pleurésies, faite par H. Paillard, dans une revue générale récente sur les pleurésies enkystées. (*Gazette des Hôpitaux*, 1911, p. 1591.) « Elles sont rarement, dit cet auteur, le fait d'un processus rapide, mais presque toujours au contraire d'un processus subaigu, sinon chronique. Les fausses membranes ont le temps de se former ; de plus, il est peu vraisemblable qu'au début la lésion pleurale soit absolument limitée à la région où se produit plus tard l'enkystement ; les lésions sont plus diffuses mais l'infection demeure prédominante dans une fente ou un cul-de-sac de la plèvre, peu brassé par les mouvements respiratoires, peu apte à la résorption, favorable à la rétention. Alors que le processus inflammatoire est à son début, il s'y constitue des fausses membranes, puis le liquide est progressivement épanché et lorsque sa quantité s'accroît d'une façon assez considérable, il trouve

à sa limite une barrière d'adhérences plus ou moins épaisses qui empêche son extension. »

Nous nous associons pleinement à ces conclusions qui concernent la pathogénie des pleurésies enkystées en général et nous avons tout lieu de croire qu'elles sont parfaitement applicables à la pleurésie tuberculeuse.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nous ne possédons, au point de vue anatomie pathologique que des renseignements insuffisants.

En ce qui concerne le *siège*, nous trouvons sur quatre observations, deux pleurésies enkystées du sommet gauche et deux du sommet droit. Il ne nous semblerait donc pas qu'il y ait une préférence pour un des deux sommets ; toutefois, nous n'avons pas suffisamment de cas pour en tirer une règle générale.

La topographie de l'épanchement est variable. Dans deux observations (Obs. I et VI) l'épanchement occupait toute l'étendue du sommet et semblait coiffer l'extrémité supérieure du poumon. Andral note dans son observation que « le son était très mat dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que latéralement et en avant dans l'espace compris entre la clavicule et le sein. L'autopsie d'ailleurs a confirmé le diagnostic clinique puisque « le côté gauche du thorax, depuis la première côte jusqu'à la cinquième ou sixième est occupé par un

liquide limpide et incolore qui a refoulé vers le médiastin le lobe supérieur du poumon de ce côté ». Dans l'observation VI, on a pu s'assurer, tant par la percussion que par la ponction exploratrice, que l'épanchement existait aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure du sommet du thorax ; deux ponctions, l'une antérieure et l'autre postérieure du thorax, ont ramené du liquide en quantité égale.

Dans les deux autres observations (IV et V) il est moins certain que l'épanchement pleural occupât toute l'étendue du sommet, car les ponctions exploratrices n'ont pas été pratiquées à la fois en avant et en arrière.

Dans l'observation de MM. Gouget, Agasse-Lafont, A. Weill, il existait sous la clavicule droite, dans les deux premiers espaces intercostaux une matité franche, avec diminution des vibrations et du murmure vésiculaire, mais en arrière on ne trouvait rien de particulier à part une légère submatité au sommet et sur toute la hauteur, une certaine diminution de la respiration par rapport au côté opposé. La ponction exploratrice, d'ailleurs positive, n'a été faite qu'en avant au niveau du deuxième espace intercostal droit. Cependant l'image radiographique du thorax vu par sa *face postérieure*, montrait nettement une opacité occupant la totalité des trois premiers espaces intercostaux et une grande partie du quatrième. De plus, toute cette zone opaque était limitée à la partie inférieure par une ligne courbe à concavité supérieure, ce qui laisse bien à supposer que l'épanchement était collecté aussi bien en arrière qu'en avant du sommet du poumon.

Les lésions de la plèvre et du poumon sont difficiles à préciser puisque nous manquons de documents. La seule autopsie est celle d'Andral (obs. I) qui insiste sur la nature des fausses membranes qui tapissaient le poumon. Elles formaient comme un véritable plastron qui maintenait le poumon fixé dans l'étroit espace où l'épanchement l'avait refoulé et ne lui aurait pas permis de se dilater et de revenir à son volume primitif si le liquide contenu dans la plèvre avait été résorbé ou évacué. Il semble que le parenchyme pulmonaire sous-jacent à cette coque pleurale fut seulement atélectasié, car Andral ne nous parle aucunement de ses lésions, et passe immédiatement à l'examen du lobe inférieur du poumon du côté où siégeait la pleurésie et à la description du poumon opposé.

Ces fausses membranes qui tapissaient le poumon étaient épaisses de consistance dure et présentaient « assez d'analogie avec l'aspect des cartilages interarticulaires ».

Dans notre observation VI, l'épaisseur et la dureté de la plèvre est à supposer, en raison des constatations fournies par la ponction exploratrice. Deux mois après le début de la pleurésie, l'aiguille pénétrait avec difficulté dans la plèvre ; elle donnait la sensation de traverser une paroi rigide et résistante, comme si la plèvre, très épaissie, se laissait difficilement franchir. De plus l'aiguille restait immobile, sans présenter d'oscillations avec les mouvements respiratoires, les constatations nous autorisent à supposer l'existence d'une pachypleurite de nature tuberculeuse.

La quantité du liquide pleural semble variable, pour-

tant nous ne possédons que des renseignements approximatifs, puisque aucune mensuration n'a jamais été faite.

Quant à *l'étude du liquide pleural* elle a pu être faite dans trois cas. Dans l'un (obs. V) on retira un liquide séro-fibrineux légèrement teinté de sang, mais l'examen cytologique n'a pas été fait. Dans le second (obs. IV) il s'agirait d'un liquide citrin contenant, après centrifugation, de nombreux globules rouges et lymphocytes et quelques mononucléaires. Dans le troisième (obs. VI) le liquide citrin séro-fibrineux contenait une grande majorité de polynucléaires. Cette constatation ne contredit nullement l'origine tuberculeuse de l'épanchement, car la ponction a été pratiquée dès les premiers jours de la maladie, nous voyons d'ailleurs qu'une ponction ultérieure décela la transformation lymphocytaire de la formule cytologique. Et en outre on prit soin d'inoculer le liquide à deux cobayes, et tous deux furent tuberculisés dans les délais habituels.

CHAPITRE V

Symptômes

La symptomatologie des pleurésies enkystées du sommet est variable et souvent anormale.

Le début, d'après nos observations, n'est pas marqué par des phénomènes douloureux aussi intenses que ceux des autres pleurésies enkystées. C'est ainsi que, seul, le malade de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill (obs. IX) ressentit un point de côté, mais le début ne fut pas brutal car depuis quelques jours il était fatigué. Mais, dans les autres cas, les douleurs thoraciques firent défaut. Andral insiste sur ce point que son malade n'a jamais ressenti, à aucun moment, de douleur thoracique. Et dans l'observation V notre fillette ne s'est jamais plainte non plus de phénomènes douloureux.

Dans deux cas, par contre, le début de la maladie a été annoncé par des phénomènes généraux d'infection qui simulèrent l'invasion d'une dothiénentérie. Dans l'observation IV le malade se plaignait de fatigue géné-

rale, de céphalée, d'anorexie, la température était élevée à 39° et monta progressivement les jours suivants jusqu'à atteindre 40°2. En même temps, le pouls était dissocié entre 90 et 100. Le malade eut même une épistaxis. Dans l'observation V on notait de même un état fébrile continu mais avec une accélération correspondante du pouls, la petite malade avait des nausées, de la céphalée, des douleurs abdominales et la rate même augmenta de volume. Dans ces deux cas on pensa au début d'une fièvre typhoïde et l'on pratiqua la séroréaction de Vidal ; mais dans chacun de ces cas elle resta négative et infirma le diagnostic porté.

Nous avons déjà suffisamment insisté au chapitre de la pathogénie sur ces phénomènes généraux qui, pour nous, peuvent être interprétés comme symptomatiques d'un état bacillémique, pour ne pas avoir à y revenir et à y insister davantage.

Quoi qu'il en soit, il semble bien que le début de cette pleurésie enkystée soit souvent masqué par des symptômes infectieux, et qu'il soit bien moins douloureux que celui des pleurésies enkystées d'un autre siège, telles que la pleurésie interlobaire ou la pleurésie diaphragmatique, dans lesquelles la douleur est intense et souvent prédominante sur les autres symptômes.

Les *signes physiques* sont-ils plus caractéristiques ? Il ne le semble pas. L'*inspection* ne fournit aucun renseignement, il n'y a pas de voussure en général. Celle-ci a été notée dans une observation (obs. VI) à une phase avancée de la maladie, alors que la collection liquidienne était résorbée depuis longtemps, et la ponction

faite à ce moment a montré une transformation caséeuse du contenu pleural. Quant à la circulation collatérale, observée, dans le même cas, elle s'est dessinée sur le tard, en même temps qu'apparaissait la voussure. Ces deux symptômes, fournis par l'inspection, sont donc tardifs lorsqu'ils existent. Quant au décubitus il ne semble rien avoir de spécial. Andral nous signale (obs. I) que son malade ne pouvait pas conserver le décubitus horizontal. C'est la seule observation où il en soit question.

La palpation n'a donné de renseignements que dans le cas de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill, qui notèrent une diminution des vibrations thoraciques. Dans les autres observations, ce mode d'investigation est passé sous silence. Il faut bien dire que chez l'enfant il ne peut guère être utilisé.

La percussion donne au contraire un renseignement de premier ordre. Dans tous les cas, existait une matité nette et invariable, qu'on retrouvait identique à des examens ultérieurs. Cette matité d'étendue variable occupe les fosses sus et sous-épineuses, la paroi axillaire et la région sous-claviculaire dans le cas d'Andral, Dans le cas de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill, il existait une matité franche sous la clavicule dans les deux premiers espaces intercostaux et une légère submatité au sommet en arrière. Dans l'observation V, « on constate une grosse matité au sommet droit qui descend en arrière jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ». Dans l'observation VI, la matité s'étendait dans la fosse sous-claviculaire et les fosses sus et sous-épineuses.

Les caractères de cette matité sont ceux habituellement observés dans toute pleurésie : matité franche, absolue, avec résistance au doigt, véritable matité de bois. *Cette matité avec perte de l'élasticité de la paroi nous paraît un des meilleurs signes de l'épanchement*, car dans les congestions du sommet qui peuvent simuler la pleurésie, on note une submatité plutôt qu'une matité absolue.

L'auscultation fournit des renseignements moins importants et surtout plus variables, si nous nous en rapportons aux détails des observations. Andral note, au niveau de la matité, l'abolition de la respiration, sans véritable égophonie. De même MM. Gouget, Agasse-Lafont et A. Weill constatent une disparition presque complète du murmure vésiculaire, mais ils ne donnent pas de détails sur l'auscultation de la voix.

Dans l'observation V on constate, au niveau du sommet mat à la percussion, un gros souffle à timbre tubaire presque cavitaire avec de nombreux râles sous-crépitants sous la clavicule, tandis qu'en arrière la respiration est affaiblie. Il en est de même dans l'observation VI : il existe au niveau de la matité un souffle rude qui s'entend aussi bien en avant qu'en arrière.

Il semble assez difficile de donner une explication rationnelle de cette variabilité de la part des signes stéthoscopiques. Il est probable qu'ils dépendent d'une part de l'épaisseur de la lame liquidienne et d'autre part de l'état du poumon sous-jacent à l'épanchement. On pourrait se demander si, dans les cas où l'auscultation révèle la présence d'un souffle, il n'y aurait pas

compression de la bronche supérieure par l'épanchement enkysté.

Au cours de toute pleurésie, il importe de se préoccuper du déplacement des organes de voisinage. En ce qui concerne les pleurésies enkystées du sommet, seul le cœur pourrait être intéressé, surtout dans les pleurésies du sommet gauche. Or il ne semble pas qu'il en soit ainsi, car la limite inférieure de l'épanchement ne semble pas dépasser le niveau de l'origine des gros vaisseaux.

Sur la radiographie de l'observation VI, il ne semble pas que le cœur ait subi aucun déplacement. La compression des vaisseaux semble également ne pas exister. Nous voyons une seule fois (obs. VI) une circulation collatérale s'établir sur le thorax descendant jusqu'à l'ombilic ; mais encore dans ce cas-là, la collection liquidienne s'était déjà résorbée.

L'exploration radiologique est, à l'heure actuelle, indispensable pour l'étude des affections pleurales, surtout des pleurésies enkystées.

La radiographie a été mise à contribution dans deux observations. Dans l'une (obs. IV) on notait une opacité très nette limitée inférieurement par une ligne régulièrement courbe à concavité supérieure. Dans l'autre (obs. VI) les constatations radiologiques sont comparables.

Il faut insister précisément sur la forme de la limite inférieure de la zone obscure. Il semble, en effet, que sa forme régulièrement courbe à concavité supérieure, soit un signe de grande valeur qui permet de penser à

l'existence d'une collection liquide plutôt que d'une infiltration pulmonaire. La radiographie peut encore renseigner sur l'état de la plèvre et du poumon situé au-dessous de la collection enkystée, et mettre en évidence en particulier l'épaississement de la séreuse, grâce auquel a pu se constituer l'enkystement de l'épanchement pleural. C'est ainsi que dans l'observation de MM. Gouget, Agasse-Lafont et A Weill, on voyait au-dessous de la zone opaque, en arrière, une zone demi-claire, constituée probablement par des adhérences pleurales dont la coloration contrastait nettement avec la clarté du côté opposé en un point symétrique.

Pour nous résumer sur la valeur clinique des symptômes d'exploration physique dans les pleurésies enkystées du sommet, nous dirons donc que l'inspection et la palpation sont de peu de valeur, que l'auscultation fournit des renseignements assez variables et que *les deux modes d'investigation qui sont les plus valables sont d'une part, la percussion qui dénote une matité franche absolue, et d'autre part l'exploration radiologique qui décèle une opacité très nette à caractères spéciaux sur lesquels nous ne reviendrons pas.*

CHAPITRE VI

Diagnostic

Les renseignements que nous venons de donner dans le précédent chapitre sur la valeur des symptômes physiques, permettent de supposer que le diagnostic ferme de ces pleurésies enkystées du sommet sera toujours des plus difficiles.

De nombreuses affections peuvent la simuler et nous passerons en revue les plus importantes.

Nous avons vu (obs. IV et V) comment on avait pu penser à une *dothiénentérie* à cause de la température progressive, du pouls dissocié (obs. IV), d'une grosse rate (obs. V) et le séro-diagnostic de Vidal permit d'infirmer ce diagnostic.

On pourrait faire, dans d'autres cas, confusion avec la *pneumonie du sommet.* C'est dans le cas où, avec la matité, le murmure vésiculaire est affaibli, ou bien encore, lorsque l'auscultation décèle, au lieu d'une absence de respiration, un souffle tubaire avec ou sans râles sous-crépitants. Andral, en effet, commentant son obser-

vation écrit : « L'existence du son mat et l'absence du bruit respiratoire dans le lobe supérieur devaient plutôt porter à soupçonner une hépatisation pulmonaire qu'un épanchement dans la plèvre. Dans toute l'étendue de cet épanchement, la voix présentait une plus grande résonance qu'ailleurs. Or ce phénomène se retrouve également dans les cas d'hépatisation. Enfin la douleur qui signale ordinairement le début des pleurésies, manqua totalement dans ce cas. » L'erreur est d'autant plus facile à commettre qu'un certain nombre de pneumonies du sommet n'ont, chez l'enfant en particulier, qu'un seul symptôme physique, la matité ; les signes stéthoscopiques faisant le plus souvent défaut. Toutefois, comme nous l'avons dit, la matité est moins nette, moins franche dans l'hépatisation que dans l'épanchement. Elle ne s'accompagne pas de résistance au doigt et ce sont là ces caractères, qui nous paraissent les meilleurs, en l'absence de l'examen radioscopique.

Celui-ci, d'ailleurs, montre dans la pneumonie une opacité étendue à tout le sommet, mais ainsi que l'ont montré récemment Weill et Mouriquand, une ombre triangulaire à base axillaire et à sommet hilaire tandis que dans la pleurésie enkystée la limite inférieure est une courbe à concavité supérieure. Et enfin, n'avons-nous pas, en cas de doute, la ressource de pratiquer une ponction exploratrice qui nous tirera toujours du doute.

L'infiltration tuberculeuse du sommet du poumon, l'adénopathie trachéo-bronchique avec congestion du sommet, la tuberculose ganglio-pulmonaire unilatérale donnent des symptômes physiques analogues : matité,

respiration soufflante avec ou sans râles ; et chez l'enfant en particulier, où la recherche des vibrations vocales est souvent impossible, le diagnostic peut être très difficile. Nous rappellerons que dans une de nos observations, le diagnostic porté au début de l'examen fut celui d'adénopathie trachéo-bronchique (obs. VI). La netteté et les caractères de la matité furent les seuls symptômes qui firent songer à pratiquer une ponction exploratrice. L'exploration aux rayons X nous semblerait un utile moyen de diagnostic car l'infiltration tuberculeuse donne une opacité bien moins marquée et beaucoup plus diffuse qu'un épanchement enkysté. D'ailleurs, enfin la limite inférieure n'a pas la forme d'une courbe à concavité supérieure.

Les deux affections qui pourraient encore simuler la pleurésie enkystée du sommet sont : le *kyste hydatique du poumon* et *le cancer du poumon*, les deux maladies peuvent donner des symptômes analogues à ceux des pleurésies enkystées, même matités ; même signes d'auscultation ou diminution du murmure vésiculaire, ou souffle bronchique. Et en effet, il nous semble légitime de discuter ces deux diagnostics en présence d'une matité étendue d'un sommet. Pour ce qui concerne le kyste hydatique, on peut dire qu'il occupe plus souvent la partie moyenne ou la base que le sommet du poumon. Enfin l'examen du liquide évacué par une ponction exploratrice, sa couleur eau de roche, la présence de crochets à l'examen microscopique pourraient en dernier lieu trancher le diagnostic.

Le cancer pulmonaire à forme extensive peut occu-

per le lobe supérieur tout entier. Ce diagnostic avait été discuté, à un moment donné, dans notre observation IV, en présence de la voussure et de la circulation collatérale développées au niveau de la région sous-claviculaire. Une ponction avait été pratiquée dans la région mate, en vue de rechercher la présence de cellules néoplasiques dans l'exsudat. Or cette ponction n'avait ramené qu'un liquide jaunâtre, épais et d'aspect caséeux.

Enfin, les *pleurésies du médiastin antérieur et postérieur* pourraient en imposer pour une pleurésie du sommet. Nous rappelons cependant que les pleurésies du médiastin antérieur, qu'il s'agisse de pleurésie purulente ou de pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse (Grancher), s'accompagnent de douleur et de dyspnée plus marquées que dans les pleurésies du sommet. Les symptômes physiques sont perçus plus bas que dans les précédents, et la voussure et la matité simulent plus volontiers une péricardite avec épanchement. D'autre part le cœur est refoulé, mais ses battements ne sont pas assourdis, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une péricardite. Enfin l'examen radiologique est ici assez spécial, en montrant un élargissement de l'ombre cardiaque, qui n'est animée d'aucun battement.

Les empyèmes du médiastin postérieur s'accompagnent d'un syndrome médiastinal, décrit par Dieulafoy, avec dyspnée et cornage, toux coqueluchoïde, spasme glottique, raucité de la voix par paralysie du récurrent gauche, dysphagie, etc., qu'on ne retrouve pas dans les pleurésies du sommet. D'autre part les symptômes physiques sont perçus uniquement en arrière, dans la

région paravertébrale et l'examen radiologique montre une opacité longitudinale comblant l'espace clair médian dans l'examen oblique du thorax.

Tous ces diagnostics différentiels sont peut-être un peu théoriques et il est bien possible qu'en pratique, le diagnostic différentiel soit très difficile. D'ailleurs, nos observations le prouvent suffisamment, car dans aucune d'elles le diagnostic de pleurésie du sommet n'a jamais été porté d'emblée, et ce n'est qu'après plusieurs jours d'examen que l'idée d'une pleurésie est venue à l'esprit et a décidé l'emploi de la ponction exploratrice.

Aussi nous pensons que le meilleur moyen de faire le diagnostic est de songer à la possibilité de ce type de pleurésie en présence d'une matité étendue à tout le sommet. Si en même temps que cette matité, on constate une abolition des vibrations et une diminution ou abolition du murmure vésiculaire, les probabilités seront grandes en faveur de la pleurésie. Pourtant nous avons vu que bien souvent les symptômes d'auscultation n'ont pas les caractères des symptômes pleurétiques. Il faudra alors faire pratiquer l'examen radioscopique et ne pas hésiter à trancher le diagnostic par une ponction exploratrice toujours inoffensive.

CHAPITRE VII

Évolution et pronostic

L'évolution des pleurésies tuberculeuses enkystées du sommet est celle des pleurésies tuberculeuses en général ; et elle semble assez différente suivant que la pleurésie est la première manifestation de l'infection tuberculeuse, ou bien au contraire est secondaire à des lésions bacillaires siégeant au parenchyme pulmonaire sous-jacent. Une seule des observations publiées s'est terminée rapidement par la mort (obs. I), et dans ce cas, il existait des lésions pulmonaires avancées : caséification, anthracose pulmonaire. Dans deux autres cas (obs. IV et V) l'épanchement s'est résorbé spontanément et les malades ont guéri. Il est vrai de dire qu'ils n'ont pas été suivis longtemps et qu'il eût été fort intéressant de savoir si, secondairement, ils n'avaient pas présenté de lésions pulmonaires d'origine bacillaire. Il est possible en effet que certains sujets guérissent complètement d'une pleurésie enkystée, comme ils guérissent sans présenter aucune séquelle d'une pleurésie de la grande cavité.

Le pronostic est sans doute subordonné à la localisation de l'infection bacillaire. Relativement bénin, si elle reste limitée à la séreuse, grave au contraire si le poumon est atteint antérieurement ou postérieurement à la plèvre. D'une façon générale, comme on le voit, le pronostic sera donc celui d'une tuberculose séreuse.

Le Professeur Hutinel insiste, dans son enseignement, sur ce fait que la tuberculose des séreuses est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

Dans les observations IV et V qui concernent des sujets que l'on peut considérer comme guéris cliniquement, il s'agissait, pour l'une d'un adulte de 32 ans, pour l'autre d'une grande fillette âgée de 14 ans. Chez la jeune enfant qui fait l'objet de l'observation VI, l'évolution et le pronostic ont été tout à fait différents. Il s'agit d'une fillette âgée de 5 ans 1/2 et chez elle, nous avons assisté à l'atteinte successive de plusieurs séreuses par l'injection bacillaire. La pleurésie du sommet résorbée, nous avons vu apparaître des symptômes de péritonite tuberculeuse. L'infection s'est donc propagée de la plèvre au péritoine, soit par propagation lymphatique, soit peut-être par injection sanguine, à la suite d'une nouvelle poussée bacillémique. Il s'agit d'un de ces cas de tuberculose des séreuses à marche descendante pleuro-péritonéale et sur lesquels le Professeur Hutinel a récemment attiré l'attention (1). Dans une

1. Hutinel : La tuberculose des séreuses. Tuberculose péritonéo-pleurale et tuberculose pleuro-péritonéale. *La Clinique*, 26 avril 1912 (p. 261).

phase ultérieure, nous avons vu, après plusieurs mois de séjour de l'enfant à l'hôpital, évoluer une pleurésie purulente tuberculeuse enkystée, un abcès froid pleural limité au sommet et bientôt compliqué à son tour d'abcès froids des espaces intercostaux. De même, à son tour la poussée de péritonite tuberculeuse a laissé après elle des masses ganglionnaires mésentériques très appréciables à la palpation. Ici, comme on le voit, l'évolution a été différente de celle des cas précédents. Le pronostic est devenu très grave et cette gravité tient autant au jeune âge du sujet qu'aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles l'enfant a vécu.

CHAPITRE VIII

Traitement

Nous serons fort bref sur le chapitre du traitement, car la pleurésie tuberculeuse enkystée du sommet ne paraît pas comporter des indications thérapeutiques spéciales, du fait de sa localisation.

Faut-il la ponctionner et y a-t-il indication à évacuer la collection liquidienne ? Nous ne le pensons pas. Toute pleurésie tuberculeuse a une tendance spontanée à la résorption. Il faut se conduire en présence d'une pleurésie enkystée du sommet comme en présence d'une pleurésie de la grande cavité. D'autant plus que celle-ci, généralement bien tolérée, donne lieu à un minimum de signes fonctionnels et ne tend nullement à déplacer les organes de son voisinage, le cœur en particulier.

Le traitement doit consister à laisser les malades au repos absolu au lit, pendant la période fébrile tout au moins. Puis, lorsque la température sera revenue à la normale, on remontera l'état général en faisant vivre

les malades au grand air, au soleil, en leur donnant une alimentation aussi réparatrice que possible.

Comme on le voit il n'y a pas de traitement particulier à donner à ces malades, la thérapeutique à employer dans ces cas-là est celle de toute manifestation tuberculeuse pulmonaire et pleurale.

CONCLUSIONS

1° Parmi les pleurésies enkystées tuberculeuses, une place à part doit être réservée à la pleurésie enkystée tuberculeuse du sommet qui, quoique moins fréquente que les autres pleurésies partielles (telles que la pleurésie interlobaire, diaphragmatique et médiastine), présente un certain intérêt clinique, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu.

2° Ces pleurésies enkystées tuberculeuses du sommet peuvent être des pleurésies secondaires à des lésions pulmonaires sous-jacentes, ou à des lésions tuberculeuses ganglionnaires. Mais, dans d'autres conditions, elles constituent la première localisation apparente de l'infection bacillaire et à leur origine on peut retrouver les manifestations d'une bacillémie tuberculeuse.

3° Les symptômes de ces pleurésies sont souvent anormaux. La douleur, la dyspnée sont bien moins intenses que dans les autres pleurésies partielles et parmi les signes physiques, le plus important est la matité avec perte de l'élasticité de la paroi étendue à toute la région du sommet en avant, en arrière et latéralement.

Les symptômes pleurétiques d'auscultation font souvent défaut, ce qui explique les erreurs de diagnostic avec les différentes affections pulmonaires localisées au sommet.

La radioscopie et la ponction exploratrice permettent d'assurer le diagnostic de pleurésie du sommet.

4° L'évolution et le pronostic sont ceux de toute tuberculose pleurale et sont subordonnés, d'une part, à l'étendue en profondeur des lésions bacillaires, d'autre part à l'âge du malade.

5° Le traitement enfin consiste à laisser le malade au lit pendant la période fébrile puis à appliquer le traitement de toute tuberculose pleurale et pulmonaire.

Vu : le Président de la thèse
HUTINEL

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. — *Clinique médicale*, Paris, 1824, p. 487 à 494.

FAUROUS. — Thèse de Paris, 1910-1911, n° 94.

GOUGET, AGASSE-LAFONT ET A. WEILL. — *Bull. et Mém. de la Société médicale des Hôpitaux*. Séance du 13 mai 1910, p. 561.

GUINON. — *Bulletin et Mém. de la Soc. anatomique*, nov. 1887, p. 701.

HUTINEL. — La tuberculose des séreuses : Tuberculose péritonéo-pleurale et tuberculose pleuro-péritonéale. *La Clinique*, 26 avril 1912, p. 266.

LAENNEC. — *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur*, Paris, 1837. Tome II, p. 505.

L. MARTIN. — *Étude sur les pleurésies de la première enfance*. Thèse de Paris, 1902-1903.

PAILLARD. — *Les pleurésies enkystées. Revue générale. Gazette des Hôp.*, 1911, nos 111 et 114.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 7
Chapitre Premier. — Observations 13
Chapitre II. — Résumé et critique des observations. . . 37
Chapitre III. — Pathogénie. 45
Chapitre IV. — Anatomie pathologique. 51
Chapitre V. — Symptômes 55
Chapitre VI. — Diagnostic. 61
Chapitre VII. — Évolution et pronostic. 67
Chapitre VIII. — Traitement 71
Conclusions. 73
Bibliographie 75